



# DENUNCIO REEMBOLSOS GASTOS MÉDICOS

## Seguro Complementario de Salud

AVDA. EL BOSQUE SUR 180 • LAS CONDES, SANTIAGO • Call Center: 600 221 3000 • www.consortio.cl

**Sr. Asegurado:**

Sírvase leer las sugerencias del llenado de esta solicitud indicadas al reverso.

SOLICITUD N° :

POLIZA N°:

N° DE DOCUMENTOS  
ANEXOS A ESTA :

### SECCION A.- DECLARACION MEDICA

ESTIMADO PROFESIONAL MEDICO: LE AGRADECEREMOS COMPLETAR ESTOS ANTECEDENTES

NOMBRE DEL PACIENTE (ASEGURADO DEPENDIENTE O TITULAR)

FECHA EN QUE SE  
LE DIAGNOSTICO  
POR 1ª VEZ ESTA  
ENFERMEDAD

<<pn\_l>> <<pn\_r>> PARA USAR

DIAGNOSTICO

EN CASO DE EMBARAZO

<<dg\_l>> <<dg\_r>> SEMANAS FUR <<fd\_l>> <<fd\_r>>

TRATAMIENTO INDICADO

<<tr\_l>> <<tr\_r>>

NOMBRE DEL PROFESIONAL MEDICO

ESPECIALIDAD

TELEFONO

<<mdn\_l>> <<mdn\_r>> <<mde\_l>> <<mde\_r>>

FECHA ATENCION

RUT

FIRMA DEL PROFESIONAL

<<fa\_l>> <<mdr\_l>> <<mdr\_r>> <<sf>>

COTIZACIÓN DE SALUD:

ISAPRE ☐

FONASA ☐

NOMBRE ISAPRE: \_\_\_\_\_

### SECCION B.- DECLARACION DEL ASEGURADO TITULAR

(Completar con letra imprenta excepto las áreas ennegrecidas)

NOMBRE DEL CONTRATANTE (EMPRESA)

RUT DEL ASEGURADO TITULAR

\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR

\_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRÓNICO** (Para mantener comunicación del gasto presentado)

\_\_\_\_\_

En caso de no desear notificación vía correo electrónico, la comunicación deberá ser efectuada a la siguiente dirección:

\_\_\_\_\_

SINTOMAS QUE ORIGINAN LA VISITA AL MEDICO

FECHA DE  
1º SINTOMAS

\_\_\_\_\_

PARA USAR SI ES CONTINUACION DE TRATAMIENTO

Diagnóstico

\_\_\_\_\_

N° de Reclamo:

NUMERO DOCUMENTO	FECHA DOCUMENTO	PRESTACION	CODIGO PRESTACION	TOTAL PRESTACION	MONTO BONIFICADO POR ISAPRE	MONTO SOLICITADO A CONSORCIO	NUMERO DE EVENTOS

TOTAL

De conformidad a lo establecido en el Artículo 20 del decreto supremo N°1055, de 2012, del Ministerio de Hacienda, la liquidación del siniestro denunciado la practicará directamente la Compañía de Seguros. No obstante lo anterior, el asegurado o beneficiario del seguro podrá, dentro del plazo de 5 días hábiles contados desde esta fecha, oponerse a la liquidación directa de la compañía de seguros, solicitándole por escrito, que ésta designe un liquidador, de acuerdo a lo prevenido en el Artículo 21 del mismo decreto supremo.

FECHA

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

\_\_\_\_\_

ORIGINAL: COMPAÑIA

COPIA: ASEGURADO

ABASCNS090

FSIC001-12092018

**Al llenar este formulario le agradeceremos considerar lo siguiente:**

- 1.- Esta solicitud es utilizable sólo para reembolsos médicos de un paciente. No se debe utilizar, por ejemplo, para consultas médicas de 2 ó más personas, o dos enfermedades distintas.
- 2.- Completar y presentar la presente solicitud acompañada de los documentos que la Isapre o Fonasa le entrega (copia afiliado) salvo para las prestaciones que no son cubiertas por ella, y en cuyo caso se debe adjuntar las boletas de honorarios médicos, con el timbre de la Isapre o Fonasa indicando que no es reembolsable.
- 3.- La sección A declaración médica deberá ser completada obligatoriamente salvo que se trate de una continuación de tratamiento, en cuyo caso sólo se requiere el llenado de la sección B indicando el Diagnóstico y el número de solicitud asociada (previamente registrada en la compañía).
- 4.- Los gastos incurridos por concepto de farmacia deberán ser presentados de la siguiente forma:
  - 4.1.- Enviar el original de la receta médica timbrada por la farmacia en conjunto con la boleta con el detalle de los medicamentos.
  - 4.2.- En casos de tratamientos a permanencia o prolongados, se debe enviar inicialmente el original de la receta médica, la cual será devuelta al asegurado con la visación de la compañía. Para las sucesivas solicitudes presentar fotocopia del documento visado.
  - 4.3.- Para medicamentos con recetas retenidas, enviar fotocopia del documento timbrada por la farmacia.